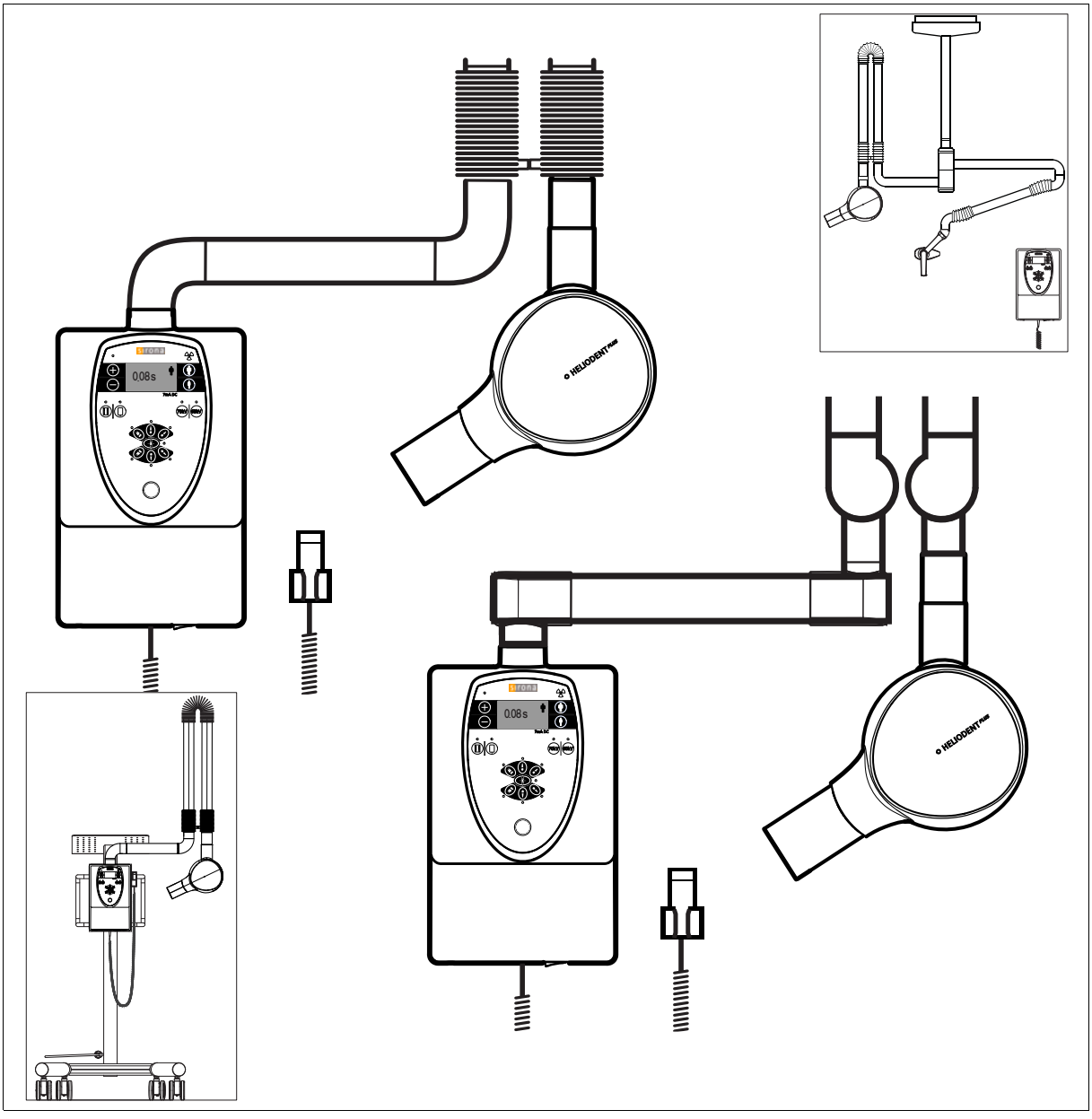
sirona
The Dental Company

# HELIODENT^PLUS

## Inspección y mantenimiento y comprobación técnica de seguridad



**Estimado cliente:**

Podrá disfrutar muchos años de su equipo de rayos X **Sirona**, tal y como desea.

Para ello, son necesarias seguridad y fiabilidad.

Con este fin, su Depósito Dental le ofrece un servicio de mantenimiento realizado por técnicos especializados.
El mantenimiento debe garantizar la seguridad y disponibilidad del producto a largo plazo. Así, se comprueban todos los componentes sometidos normalmente a desgaste y, si es necesario, se sustituyen.
Por tanto, los trabajos de mantenimiento solo pueden ser realizados por el usuario cuando Sirona Dental Systems GmbH así lo indique o, en su defecto, deben encomendarse exclusivamente al Servicio Técnico autorizado de Sirona Dental Systems GmbH o sus distribuidores.
Si no ha firmado ningún contrato de mantenimiento, diríjase al Servicio de atención al cliente de su Depósito Dental.
El mantenimiento realizado debe registrarse en este documento, que debe conservarse junto al equipo.

Le deseamos mucho éxito y satisfacción con este producto de calidad de **SIRONA Dental Systems**.

# Índice


1 **Notas generales .....5**
1.1 Inspección y mantenimiento y comprobación técnica de seguridad ..... 5
1.2 Complete los datos generales ..... 5

2 **Inspección anual por parte del usuario o de personal autorizado.....6**
2.1 Documentación técnica ..... 6
2.2 Accesorios del equipo ..... 6
2.3 Rotulación de los equipos ..... 7
2.4 Superficies del equipo ..... 8
2.5 Funciones del equipo ..... 9
2.6 Documentación de la inspección anual ..... 10

3 **Comprobaciones de seguridad del Servicio Técnico.....11**
3.1 Indicaciones generales para el Servicio Técnico ..... 11
3.2 Intervalo para las comprobaciones técnicas de seguridad ..... 12
3.3 Comprobación técnica de seguridad ..... 12
3.4 Documentación de las comprobaciones técnicas de seguridad ..... 13

4 **Mantenimiento por parte del Servicio Técnico .....14**
4.1 Indicaciones generales para el Servicio Técnico ..... 14
4.2 Intervalo de mantenimiento ..... 15
4.3 Comprobación de las entradas ..... 15
4.4 Mantenimiento adaptador mural/temporizador remoto ..... 16
4.5 Mantenimiento del brazo/emisor de rayos X ..... 17
4.6 Mantenimiento modelo de techo ..... 18
4.7 Mantenimiento del soporte rodante ..... 18
4.8 Mantenimiento modelo de equipo ..... 19
4.9 Trabajos finales ..... 20
4.10 Documentación del mantenimiento ..... 20

# 1 Notas generales

## 1.1 Inspección y mantenimiento y comprobación técnica de seguridad

En consideración a la seguridad y la salud de los pacientes, de los usuarios o de terceros, es necesario que se realicen **periódicamente trabajos de mantenimiento e inspecciones**, **así como comprobaciones técnicas de seguridad**.

- Como **usuario del equipo, debe realizar una inspección del equipo como mínimo una vez al año**, o solicitarla a su Depósito Dental, para garantizar que el producto funcione cumpliendo todas las normas de seguridad.
  Para ello pueden servir de ayuda las indicaciones del **Capítulo 2**, **Inspección anual por parte del usuario o de personal autorizado**. Si una o varias de estas comprobaciones no producen un resultado satisfactorio, póngase en contacto con su Depósito Dental.
- Los equipos médicos están diseñados de forma que un primer fallo no suponga un riesgo para el paciente, el usuario o terceros. Por eso es importante detectar estos fallos antes de que se produzcan otros que puedan suponer un verdadero riesgo. Así pues, es necesario realizar **comprobaciones técnicas de seguridad cada 2 años**, en las que puedan detectarse fallos, sobre todo eléctricos.
  Las indicaciones del **Capítulo 3, "Comprobaciones de seguridad del Servicio Técnico"** pueden resultar de utilidad.
- Además, su **Depósito Dental le ofrece un servicio de mantenimiento** del equipo realizado por técnicos especializados, lo cual se detalla en el **Capítulo 4, "Mantenimiento por parte del Servicio Técnico"**.

**¡Los trabajos de inspección y mantenimiento y comprobaciones técnicas de seguridad realizados por el usuario o el Servicio Técnico deben registrarse en esta documentación y conservarse junto al equipo!**

## 1.2 Complete los datos generales

| **Cliente** | |
|---|---|
| **Apellido:** | |
| **Nombre:** | |
| **Calle:** | |
| **C. P./población:** | |
| **Teléfono:** | |

| **Datos del equipo*** | | | |
|---|---|---|---|
| **N.° de serie del equipo:** | | | |
| **N.° de serie del emisor de rayos X:** | | | |
| **N.° de serie del fantoma:** | | | |

*** Información para el Servicio Técnico: Actualice el número de serie al sustituir un componente.**

# 2 Inspección anual por parte del usuario o de personal autorizado

## 2.1 Documentación técnica

| **Documentación técnica** | **Conteste las preguntas con sí (✓) o no (–)** | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Fecha** (introduzca mes/año) | | | | | | | | | | |
| ¿Manual del operador disponible? | | | | | | | | | | |
| ¿Requisitos de instalación disponibles? | | | | | | | | | | |
| ¿Se actualiza regularmente el manual de equipos radiológicos (Alemania/Austria/Suiza)? | | | | | | | | | | |

## 2.2 Accesorios del equipo

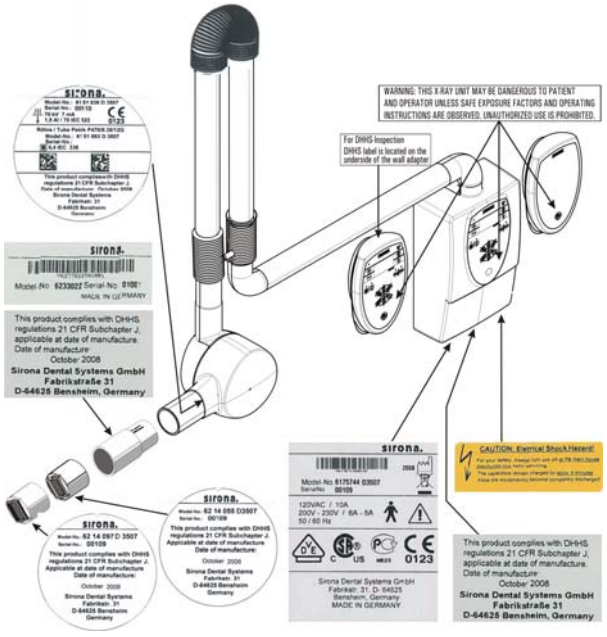
| **Accesorios** (ver manual del operador)<br>No todos los accesorios enumerados aquí pertenecen al volumen de suministro. Táchese lo que no proceda. | **Conteste las preguntas con sí (✓) o no (–)** | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Fecha** (introduzca mes/año) | | | | | | | | | | |
| ¿Fantoma convencional disponible? | | | | | | | | | | |
| ¿Fantoma digital disponible? | | | | | | | | | | |
| ¿Localizador de 300 mm (12") disponible? | | | | | | | | | | |
| ¿Localizador rectangular de 300 mm (12") disponible? | | | | | | | | | | |
| ¿Limitación del campo de radiación **azul 3x4 cm** disponible? | | | | | | | | | | |
| ¿Limitación del campo de radiación **negro 2x3 cm** disponible? | | | | | | | | | | |



62 14 949 D 3507
D 3507.105.01.09.04

## 2.3 Rotulación de los equipos

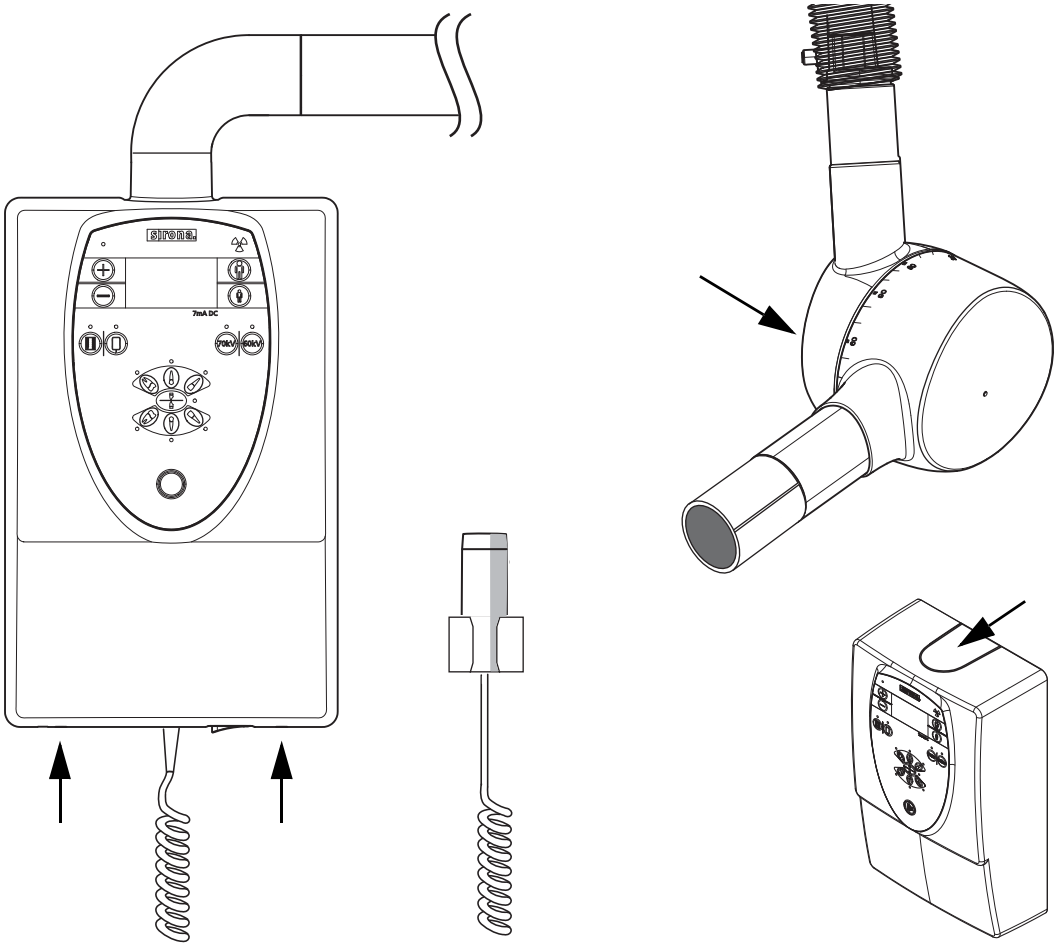
| Rotulación del equipo | Conteste las preguntas con sí (✓) o no (–) | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Fecha** (introduzca mes/año) | | | | | | | | | | |
| ¿Se han instalado todos los rótulos y etiquetas ? | | | | | | | | | | |
| ¿Son legibles todos los rótulos? | | | | | | | | | | |


WARNING: THIS X-RAY UNIT MAY BE DANGEROUS TO PATIENT AND OPERATOR UNLESS SAFE EXPOSURE FACTORS AND OPERATING INSTRUCTIONS ARE OBSERVED. UNAUTHORIZED USE IS PROHIBITED.
For DHHS-Inspection
DHHS label is located on the underside of the wall adapter
sirona.
This product complies with DHHS regulations 21 CFR Subchapter J, applicable at date of manufacture.
Date of manufacture:
October 2008
Sirona Dental Systems GmbH
Fabrikstraße 31
D-64625 Bensheim, Germany
CAUTION: Eletrical Shock Hazard!
120VAC / 10A
200V - 230V / 6A - 5A
50 / 60 Hz
MADE IN GERMANY

| Introduzca aquí las modificaciones: | | | |
|---|---|---|---|
| **Emisor de rayos X** | | **Fecha** | **Firma** |
| N.º de serie | | | |
| N.º de serie | | | |
| N.º de serie | | | |
| **Tubo** | | | |
| N.º de serie | | | |
| N.º de serie | | | |
| N.º de serie | | | |
| **Limitación del campo de radiación azul 3x4 cm** | | | |
| N.º de serie | | | |
| N.º de serie | | | |
| N.º de serie | | | |
| **Limitación del campo de radiación negro 2x3 cm** | | | |
| N.º de serie | | | |
| N.º de serie | | | |
| N.º de serie | | | |
| **Localizador de 300 mm (12")** | | | |
| N.º de serie | | | |
| N.º de serie | | | |
| N.º de serie | | | |
| **Localizador rectangular de 300 mm (12")** | | | |
| N.º de serie | | | |
| N.º de serie | | | |
| N.º de serie | | | |
| **Modelo mural/de techo** | | | |
| N.º de serie | | | |
| N.º de serie | | | |
| N.º de serie | | | |

## 2.4 Superficies del equipo

| **Elementos de revestimiento** | **Conteste las preguntas con sí (✓) o no (–)** | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Fecha** (introduzca mes/año) | | | | | | | | | | |
| ¿Están disponibles todos los elementos de revestimiento? | | | | | | | | | | |
| ¿Están libres de daños los elementos de revestimiento? | | | | | | | | | | |
| ¿Están bien fijados los elementos de revestimiento? | | | | | | | | | | |
| ¿Es la cubierta en el adaptador de pared para el modelo de techo perfecta y se pega firmemente? | | | | | | | | | | |
| ¿Están limpios los elementos de revestimiento? | | | | | | | | | | |
| ¿Todos los tornillos están disponibles y apretados? (ver flechas) | | | | | | | | | | |
| ¿Es legible la escala del emisor de rayos X? | | | | | | | | | | |



## 2.5 Funciones del equipo

| **Estado emisor de rayos X/brazo/ control remoto/temporizador remoto** | **Conteste las preguntas con sí (✓) o no (–)** | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Fecha** (introduzca mes/año) | | | | | | | | | | |
| ¿Pérdida de aceite en emisor de rayos X (exterior de la coraza) visible? | | | | | | | | | | |
| ¿Cable espiral y seguro antipinzamiento correctos? | | | | | | | | | | |
| ¿Conexión de red con dispositivo antitracción correcta (sobre revoque)? | | | | | | | | | | |
| ¿Se mueve libremente el brazo de tijeras? | | | | | | | | | | |

| **Funciones del equipo** | **Conteste las preguntas con sí (✓) o no (–)** | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Fecha** (introduzca mes/año) | | | | | | | | | | |
| ¿Es segura la fijación a la pared? | | | | | | | | | | |
| ¿Funciona el interruptor principal? | | | | | | | | | | |
| ¿Se interrumpe la radiografía al soltar antes de tiempo la tecla de disparo (circuito de hombre muerto)? | | | | | | | | | | |
| ¿Señal óptica (Rayos X se enciende) y señal acústica disponibles durante la radiación? | | | | | | | | | | |
| ¿El pulsador de disparo está libre de restos de productos de limpieza y el botón de disparo se mueve libremente? | | | | | | | | | | |
| ¿Funcionan todos los pulsadores e indicadores? | | | | | | | | | | |
| ¿Todas las funciones del equipo son ejecutables según el manual del operador? | | | | | | | | | | |
| ¿La calidad de imagen es constante? | | | | | | | | | | |

## 2.6 Documentación de la inspección anual

El abajo firmante confirma que ha comprobado el equipo según las indicaciones arriba descritas.

**OBSERVACIÓN:** Si se contesta NO a alguna pregunta o si un mensaje de error aparece de forma continua, póngase en contacto con el técnico de mantenimiento.

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Fecha de la inspección:** | | **Nombre:** | | **Firma:** | |
| **Fecha de la inspección:** | | **Nombre:** | | **Firma:** | |
| **Fecha de la inspección:** | | **Nombre:** | | **Firma:** | |
| **Fecha de la inspección:** | | **Nombre:** | | **Firma:** | |
| **Fecha de la inspección:** | | **Nombre:** | | **Firma:** | |
| **Fecha de la inspección:** | | **Nombre:** | | **Firma:** | |
| **Fecha de la inspección:** | | **Nombre:** | | **Firma:** | |
| **Fecha de la inspección:** | | **Nombre:** | | **Firma:** | |

# 3 Comprobaciones de seguridad del Servicio Técnico

## 3.1 Indicaciones generales para el Servicio Técnico

Para realizar las comprobaciones técnicas de seguridad es imprescindible el **Manual de mantenimiento de HELIODENT$^{PLUS}$** (ref. 62 15 128), pues en él se describe la comprobación de las corrientes del conductor de protección y las corrientes de fuga.

**Mediciones**

***ATENCIÓN***

***Desconecte la tensión de red en el interruptor principal de la instalación eléctrica local.***

Seleccione el tipo correcto de corriente/de tensión y ajuste el rango de medición según la lectura prevista.

Realice la prueba de continuidad sólo con el equipo desconectado.

***ATENCIÓN***

***Al abrir el equipo:***
***Tenga en cuenta las medidas de precaución aplicables al manipular platinas (componentes sensibles a descargas electrostáticas).***
***Antes de tocar los componentes, descárguese tocando un punto de puesta de tierra.***

***ATENCIÓN***

***¡Si no se superan las comprobaciones técnicas de seguridad, el equipo no debe seguir funcionando! Indíquelo al usuario en calidad de Servicio Técnico. Antes de una nueva puesta en funcionamiento, serán necesarias las medidas de reparación correspondientes por parte del Servicio Técnico autorizado.***

***OBSERVACIÓN***

**Las comprobaciones técnicas de seguridad cumplen la norma IEC 62353:2007 (correspondiente a DIN EN 62353/VDE 0751-1:2008).**
**En caso de utilizar un instrumento automático, puede programarlo de acuerdo con estas normas.**
**– Componentes del tipo B**
**– Equipo conectado de forma fija**
**– Clase de protección I**

**Las mediciones que deben llevarse a cabo son complejas y laboriosas.**
**Sirona recomienda expresamente el uso de un instrumento automático.**

## 3.2 Intervalo para las comprobaciones técnicas de seguridad

En la **primera puesta en funcionamiento,** y después **cada 2 años,** es necesario realizar comprobaciones técnicas de seguridad en las que puedan detectarse fallos, sobre todo eléctricos. Un técnico autorizado efectuará las inspecciones y mediciones. Son las que se determinan a continuación.

Cuándo se realizan las comprobaciones de seguridad técnica:

- **Primera puesta en funcionamiento**
- **Periódicamente cada 2 años**
- **Después de ampliaciones (actualización)**
- **Después de trabajos de reparación**

## 3.3 Comprobación técnica de seguridad

**(ver Manual de mantenimiento, capítulo Mantenimiento)**

| **Seguridad del equipo** | **Conteste las preguntas con sí (✓) o no (–) Introduzca las lecturas** | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Intervalo de mantenimiento cada X años** | **Primera puesta en funcionamiento** | **2** | **4** | **6** | **8** | **10** | **12** | **14** |
| **Fecha** (introduzca mes/año) | | | | | | | | |
| ¿Comprobación de conductores de protección correcta, lectura inferior a 0,2 ohmios? Introduzca las lecturas. | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| **Modelo mural** ¿Comprobación de corrientes de fuga correcta, lectura inferior a 1 mA? Introduzca las lecturas. | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| **Modelo de techo** ¿Comprobación de corrientes de fuga correcta, lectura inferior a 2 mA? Introduzca las lecturas. | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| **Soporte rodante** ¿Comprobación de corrientes de fuga correcta, lectura inferior a 2 mA? Introduzca las lecturas. | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| **Modelo de equipo** ¿Comprobación de corrientes de fuga correcta, lectura inferior a 2 mA? Introduzca las lecturas. | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

## 3.4 Documentación de las comprobaciones técnicas de seguridad

**El abajo firmante confirma que ha comprobado el equipo según las indicaciones arriba descritas**.
**Si se contesta No a una pregunta del documento, se debe eliminar el fallo**.

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Fecha:** | | **Nombre del técnico:** | | **Firma:** | |
| **Fecha:** | | **Nombre del técnico:** | | **Firma:** | |
| **Fecha:** | | **Nombre del técnico:** | | **Firma:** | |
| **Fecha:** | | **Nombre del técnico:** | | **Firma:** | |
| **Fecha:** | | **Nombre del técnico:** | | **Firma:** | |
| **Fecha:** | | **Nombre del técnico:** | | **Firma:** | |
| **Fecha:** | | **Nombre del técnico:** | | **Firma:** | |
| **Fecha:** | | **Nombre del técnico:** | | **Firma:** | |

# 4 Mantenimiento por parte del Servicio Técnico

## 4.1 Indicaciones generales para el Servicio Técnico

Para realizar los trabajos de mantenimiento es imprescindible el **Manual de mantenimiento de HELIODENT$^{PLUS}$** (ref. 62 15 128), pues en él se describen todas las medidas necesarias para el mantenimiento.
Además, es necesario el manual del operador.

**Mediciones**

***ATENCIÓN***

***Antes de conectar los instrumentos de medición desconecte siempre el equipo.***

Seleccione el tipo correcto de corriente/de tensión y ajuste el rango de medición según la lectura prevista.

Realice la prueba de continuidad sólo con el equipo desconectado.

Si tiene que efectuar varias radiografías con radiación para comprobar una lectura, debe respetar las pausas de enfriamiento indicadas.

***ATENCIÓN***

***Tenga en cuenta las normas de protección contra la radiación antes de conectar la radiación.***

***ATENCIÓN***

***Al abrir el equipo:***
***Tenga en cuenta las medidas de precaución aplicables al manipular platinas (componentes sensibles a descargas electrostáticas).***
***Antes de tocar los componentes, descárguese tocando un punto de puesta de tierra.***

Antes de iniciar los trabajos de mantenimiento debe realizarse siempre una prueba funcional y se le deben comunicar al cliente o al personal de la consulta los defectos que se puedan detectar.

Si se deben sustituir piezas defectuosas además de las piezas de desgaste, se debe acordar previamente dicha sustitución con el cliente o el personal de la consulta.

**ATENCIÓN** Interrupción del suministro de repuestos:
Después de un cierto tiempo se suspende el suministro de repuesto para los diferentes equipos. Para equipos que se utilicen tras el cese del suministro y que ya no puedan ser conservados por falta de piezas de repuesto, el usuario asume la responsabilidad en casos de averías relevantes desde el punto de vista de la seguridad.

## 4.2 Intervalo de mantenimiento

***OBSERVACIÓN***

**Además de la inspección anual que debe realizar el usuario o el personal autorizado y de las comprobaciones de seguridad del Servicio Técnico cada 2 años, debe realizarse un mantenimiento del equipo cada 4, 7, 10 años y, después, cada dos años.**

## 4.3 Comprobación de las entradas

En el capítulo **"Inspección anual por parte del usuario o de personal autorizado" en la página 6**
y en el capítulo **"Comprobaciones de seguridad del Servicio Técnico" en la página 11**

| **Comprobación de las entradas** | **Conteste las preguntas con sí (✓) o no (–)** | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Intervalo de mantenimiento cada X años** | **4** | **7** | **10** | **12** | **14** | | | |
| **Fecha** (introduzca mes/año) | | | | | | | | |
| ¿Inspección anual realizada por el usuario? | | | | | | | | |
| ¿Entradas completas? | | | | | | | | |
| ¿Se han respondido todas las preguntas con **sí**? | | | | | | | | |
| ¿Se han realizado todos los trabajos para corregir lo que dio lugar a un resultado negativo en la comprobación? | | | | | | | | |
| ¿Se han realizado las comprobaciones técnicas de seguridad y las lecturas han permanecido constantes? | | | | | | | | |

## 4.4 Mantenimiento adaptador mural/temporizador remoto

**(ver Manual de mantenimiento, capítulo Mantenimiento)**

| **Seguridad del equipo** | **Conteste las preguntas con sí (✓) o no (–)** | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Intervalo de mantenimiento cada X años** | **4** | **7** | **10** | **12** | **14** | | | |
| **Fecha** (introduzca mes/año) | | | | | | | | |
| ¿Es segura la fijación a la pared? | | | | | | | | |
| ¿Todos los elementos de revestimiento están presentes y en perfecto estado? | | | | | | | | |
| ¿Todos los placas CEM sobre el DX1 están presentes? | | | | | | | | |
| ¿Todo el apantallamiento bien fijado? | | | | | | | | |
| ¿Todas las conexiones del conductor de protección están bien sujetas? | | | | | | | | |
| ¿Conexión del cable de red libre de daños, bien fijada y conforme a la normativa? | | | | | | | | |
| ¿Tiempos de exposición y alta tensión correctos? | | | | | | | | |
| ¿Pulsador de disparo correcto? | | | | | | | | |
| ¿Membrana anterior correcta? | | | | | | | | |

## 4.5 Mantenimiento del brazo/emisor de rayos X

**(ver Manual de mantenimiento, capítulo Mantenimiento)**

| **Seguridad del equipo** | **Conteste las preguntas con sí (✓) o no (–)** | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Intervalo de mantenimiento cada X años** | **4** | **7** | **10** | **12** | **14** | | | |
| **Fecha** (introduzca mes/año) | | | | | | | | |
| ¿Brazo soporte redondo/angular correcto? | | | | | | | | |
| ¿El brazo soporte redondo/ angular se mueve sin tirones, de manera uniforme, suave y silenciosa? | | | | | | | | |
| ¿El brazo soporte está vertical. Sistema de brazo soporte redondo: Los topes están perfectamente alineados? Sistema de brazo soporte angular: Los brazos de tijera son paralelas?? | | | | | | | | |
| ¿Las piezas móviles del brazo soporte y las piezas fundidas están en buen estado (sin daños mecánicos)? | | | | | | | | |
| ¿Articulación del emisor de rayos X correcta? | | | | | | | | |
| ¿Emisor de rayos X sin pérdida de aceite? | | | | | | | | |
| ¿Conexiones del conductor de protección del emisor de rayos X bien fijadas? | | | | | | | | |
| ¿La banda de toma de tierra para el conductor de protección es correcta (ligeros daños con reducción máxima de sección transversal del 20% aceptables)? | | | | | | | | |
| ¿Corriente del tubo correcta? | | | | | | | | |

## 4.6 Mantenimiento modelo de techo

| **Seguridad del equipo** | **Conteste las preguntas con sí (✓) o no (–)** | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Intervalo de mantenimiento cada X años** | **4** | **7** | **10** | **12** | **14** | | | |
| **Fecha** (anotar mes/año) | | | | | | | | |
| ¿Es seguro el estado de la fijación al techo? | | | | | | | | |
| ¿Existen todos los elementos de revestimiento y están exentos de deterioro? | | | | | | | | |
| ¿Están firmemente sujetas todas las conexiones del conductor de protección? | | | | | | | | |
| ¿Conexión exenta de deterioro, fija y reglamentaria de las líneas en el terminal K10? | | | | | | | | |

## 4.7 Mantenimiento del soporte rodante

| **Seguridad del equipo** | **Conteste las preguntas con sí (✓) o no (–)** | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Intervalo de mantenimiento cada X años** | **4** | **7** | **10** | **12** | **14** | | | |
| **Fecha** (introduzca mes/año) | | | | | | | | |
| ¿Está el módulo mural fijado en el soporte rodante de forma segura? | | | | | | | | |
| ¿Todas las conexiones del conductor de protección están bien sujetas? | | | | | | | | |
| ¿Está el cable de red con antitracción y protección contra pinzamientos en el soporte rodante en perfecto estado? | | | | | | | | |
| ¿La resistencia de aislamiento en el cable de red del soporte rodante en perfecto estado? | | | | | | | | |
| Los cables del borne X100 deben estar en perfecto estado y colocados de forma fija y según las normas vigentes. | | | | | | | | |
| ¿Todos los elementos de revestimiento están presentes y en perfecto estado? | | | | | | | | |
| ¿Están los rodillos del soporte rodante, inclusive los frenos, limpios y en buenas condiciones? | | | | | | | | |

## 4.8 Mantenimiento modelo de equipo

| **Seguridad del equipo** | **Conteste las preguntas con sí (✓) o no (–)** | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Intervalo de mantenimiento cada X años** | **4** | **7** | **10** | **12** | **14** | | | |
| **Fecha** (introduzca mes/año) | | | | | | | | |
| ¿Es segura la fijación a la unidad de tratamiento? | | | | | | | | |
| ¿Todas las conexiones del conductor de protección están bien sujetas? | | | | | | | | |
| ¿Está el cable de red con antitracción y protección contra pinzamientos en perfecto estado? | | | | | | | | |
| Los cables del borne X100 deben estar en perfecto estado y colocados de forma fija y según las normas vigentes. | | | | | | | | |
| ¿Todos los elementos de revestimiento están presentes y en perfecto estado? | | | | | | | | |

## 4.9 Trabajos finales

| **Seguridad del equipo** | **Conteste las preguntas con sí (✓) o no (–)** | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Intervalo de mantenimiento cada X años** | **4** | **7** | **10** | **12** | **14** | | | |
| **Fecha** (introduzca mes/año) | | | | | | | | |
| ¿Se ha realizado una prueba de funcionamiento completa? (ver manual del operador) | | | | | | | | |
| ¿Se ha limpiado el equipo? | | | | | | | | |

## 4.10 Documentación del mantenimiento

**El abajo firmante confirma que ha comprobado el equipo según las indicaciones arriba descritas**.

**Si se contesta No a una pregunta del documento, se debe eliminar el fallo**.

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Fecha del mantenimiento:** | | **Nombre del técnico:** | | **Firma:** | |
| **Fecha del mantenimiento:** | | **Nombre del técnico:** | | **Firma:** | |
| **Fecha del mantenimiento:** | | **Nombre del técnico:** | | **Firma:** | |
| **Fecha del mantenimiento:** | | **Nombre del técnico:** | | **Firma:** | |
| **Fecha del mantenimiento:** | | **Nombre del técnico:** | | **Firma:** | |
| **Fecha del mantenimiento:** | | **Nombre del técnico:** | | **Firma:** | |
| **Fecha del mantenimiento:** | | **Nombre del técnico:** | | **Firma:** | |
| **Fecha del mantenimiento:** | | **Nombre del técnico:** | | **Firma:** | |

# Espacio para observaciones

Reservados los derechos de modificación en virtud del progreso técnico.

© Sirona Dental Systems GmbH 2009
D 3507.105.01.09.04 08.2015
Sprache: spanisch
Ä.-Nr.: 121 200
Printed in Germany
Impreso en Alemania

**Sirona Dental Systems GmbH**

Fabrikstraße 31
64625 Bensheim
Alemania
www.sirona.com

Nº pedido **62 14 949 D 3507**